Αίτηση για Αμφισβήτηση Οφειλής Ν. 4554/2018

Ο χρήστης αρχικά διαβάζει τις προϋποθέσεις υπαγωγής στην διαδικασία όπως ορίζονται από την σχετική διάταξη.



Αίτηση για Αμφισβήτηση Οφειλής Ν. 4554/2018

Ηδυν	/ατότητα παρέχεται σε:
1. / για	Ασφαλισμένους στο π. ΟΓΑ λόγω δραστηριοποίησης σε περιοχές με ειδικά πληθυσμιακά κριτήρια και παράλληλα ασφαλισμένους στον π. ΟΑΕ ε την ίδια δραστηριότητα.
2.1	Δημοσιογράφους παλαιούς ασφαλισμένους στο π. ΤΣΠΕΑΘ και παράλληλα ασφαλισμένους στον π. ΟΑΕΕ με την ίδια ιδιότητα.
3.1	Νέους ασφαλισμένους Ν.2084/1992 (μετά την 1/1/1993) με παράλληλη ασφάλιση σε δύο (2) φορείς.
Προΰ α)ι β)ι γ}ι δ}ν	ιποθέσεις για την άσκηση του δικαιώματος είναι: η ύπαρξη πλήρους ασφάλισης σε ένα ασφαλιστικό φορέα η παράλληλη υπαγωγή στην ασφάλιση και δεύτερου φορέα η παράλληλη ασφάλιση να αφορά την ίδια δραστηριότητα – ιδιότητα (στις περιπτώσεις 1 & 2) να υπάρχουν οφειλές σε έναν εκ των δύο φορέων.

Στην συνέχεια, επιλέγει την κατηγορία στην οποία εμπίπτει, σύμφωνα με το ιστορικό ασφάλισής του. Στο κάτω μέρος της οθόνης εμφανίζονται οι οδηγίες συμπλήρωσης της αίτησης.



Αίτηση για Αμφισβήτηση Οφειλής Ν. 4554/2018

Επιλέξτε κατηγορία:

- $\odot~$ 1. T. OAEE \cdot T. OFA
- Ο 2. π. ΟΑΕΕ · π. ΕΤΑΠ-ΜΜΕ (τ. ΤΣΠΕΑΘ)
- Ο .3. Νέοι Ασφαλισμένοι (Ν. 2084/1992)



Στην επόμενη οθόνη, που αποτελεί το κυρίως σώμα της αίτησης, εμφανίζονται τα στοιχεία του αιτούντος όπως τηρούνται στο Μητρώο Ασφαλισμένων του e-ΕΦΚΑ, καθώς και οι Αριθμοί Μητρώου Φορέα που τηρούνταν για τον ασφαλισμένο στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης που εντάχθηκαν στον e-ΕΦΚΑ. Βάσει της επιλογής κατηγορίας στην προηγούμενη οθόνη, το σύστημα αναγνωρίζει και επιτρέπει συγκεκριμένους αριθμούς μητρώου, με την ένδειξη ΑΠΟΔΕΚΤΟΣ.

Ο χρήστης καλείται επίσης να επιλέξει τα χρονικά διαστήματα για τα οποία απαιτεί την διαγραφή οφειλής προς τον Φορέα, το υποκατάστημα στο οποίο απευθύνει την αίτησή του, καθώς και οποιοδήποτε κείμενο επιθυμεί να συμπληρώσει.

Κάνοντας κλικ στο κουμπί Αποστολή Αίτησης, εμφανίζεται μήνυμα επιβεβαίωσης και η αίτηση υποβάλλεται.

	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΣΑΣ		
ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ONOMA:			
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:			
ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:			
АФМ:			
AMKA:			
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:			
TOVH:			
тк:			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:			
EMAIL:			
December 2 days Service and	ΠΡΟΣ ΕΦΚΑ		
Παρακάλω να διαγραφούν οι ασφαλιστικές οφείλες μου, συμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Ν. 4554/2018, οι οποίες δημιουργηθηκάν λογώ ευλογής αυφιβολίας ως πορε την υποχρέωση υπαγωγής μου στην ασφάλιση και δεύτερου Φορέα:			
distributing of they also	uoVienna laurimittena auta matematika antera antera		
Κατηγορία: 1. π. ΟΑΕΕ - π	t. OFA		
Επιλέξτε τον Φορέα, την οφειλή του οποίου αμφισβητείτε.			
Αριθμός Μητρώου Φορέα	α: Επιλέξιε από την λίστα 🗸		
Χρονικό διάστημα απαίτ			
a - funnerer f			
1. απο ΗΗ/ΜΙΜ/ΕΕΕΕ εα	AC HHAMIMAFEFE		
 από HH/MM/EEEE ź 	HHAMMEEEE		
3. από HH/MM/EEEE έι	HH/MM/EEEE		
4. από HH/MM/EEEE έι	HH/MM/EEEE		
Περιφερειακό τμημα πο	יי איז איז איז איז איז איז איז איז איז א		
Πληκτρολογήστε κείμενο	που τυχόν θέλετε να συμπεριληφθεί στην αίτησή σας.		
Με ατομική μου ευθύνη κι	οι γνωρίζοντας τις κυρώσεις που πορβλέπονται από τις διατάξεις της πορ 6 του άρθρου 22 Ν.1599/1986. δηλώνω ότι: το στριχείο που		
δηλώνονται είναι αληθή και συναινώ στην αυτεπάγγελτη αναζήτηση δικαιολογητικών όπου αυτή προβλέπεται. Τυχόν στοιχεία που απαιτηθούν κατά τον έλεγχο			
της ασφαλιστικής μου υπόθεσης υποχρεούμαι να τα προσκομίσω.			
ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ, ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΕΛΕΓΞΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΠΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΑΤΕ. ΟΛΑ ΤΑ ΠΕΔΙΑ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ.			
Αλλαγή κατηγορίας)(Αποστολή αίτησης)(Καθαρισμός φόρμας)(Οδηγίες συμπλήρωσης)		